



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2015

---

## **Spiritual Care als theologische Herausforderung. Eine Ortsbestimmung**

Peng-Keller, Simon

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-117582>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Peng-Keller, Simon (2015). Spiritual Care als theologische Herausforderung. Eine Ortsbestimmung. Theologische Literaturzeitung, 140:454-467.

Simon Peng-Keller

## Spiritual Care als theologische Herausforderung

### Eine Ortsbestimmung

Der internationale Spiritual Care-Diskurs verortet sich derzeit weitgehend jenseits von Theologie und Religionswissenschaft. Durch seinen stark selbstreferentiellen Zug vermittelt er den Eindruck, spirituelle Begleitung sei etwas, was vor allem in klinischen Welten geschehe und zu den jüngsten Errungenschaften heutiger Gesundheitspraxis gehöre. Was der Soziologe Bruce Rumbold mit Blick auf die pflegewissenschaftliche Literatur konstatiert, kennzeichnet das Diskussionsfeld insgesamt: Die hier entwickelten Konzeptionen von Spiritualität und Spiritual Care kommen weitgehend ohne Bezug auf die Seelsorgeliteratur oder die Spiritualitätsgeschichte aus.<sup>1</sup> Vor diesem Hintergrund und dem schwer zu bestreitenden Faktum, dass die klinische Entdeckung und Implementierung von Spiritual Care die Stellung klinischer Seelsorge tiefgreifend verändert, bemüht sich der vorliegende Beitrag um eine theologische Ortsbestimmung *gegenüber* und *in* dem nicht scharf einzugrenzenden Diskussions- und Praxisfeld von Spiritual Care. Ich wende mich zunächst medizinischen Konzeptionen und Forschungsansätzen zu und resümiere dann einige exemplarische theologische Stellungnahmen. Meine eigenen Überlegungen konzentrieren sich auf die Komplexitäten des Spiritualitätsbegriffs und die Neuverortung klinischer Seelsorge im Horizont von Spiritual Care.

### I Medizinische Zugänge zu Spiritual Care

Während im deutschsprachigen Raum Spiritual Care oft nur als Teilgebiet der Palliative Care wahrgenommen wird, gibt es im angelsächsischen Raum die Tendenz, sie weitaus umfassender im medizinischen Aufgabenfeld zu verorten. Die für die Akkreditierung von US-amerikanischen Krankenhäusern zuständige *Joint Commission* (JCAHO) verankerte bereits 1993 ein Recht auf spirituelle Begleitung in ihrem Anforderungskatalog.<sup>2</sup> Von akademischer Seite beteiligte sich die Forschung zu Religion und Gesundheit an dieser Entwicklung und bekräftigte sie durch den empirischen Nachweis, dass religiös-spirituelle Einstellungen zwar nicht immer, aber doch überwiegend in einer positiven Korrelation zu Gesundheitsvariablen stehen.<sup>3</sup> Repräsentativ für die weitgefächerte englischsprachige Literatur stehen die Beiträge von Christina M. Puchalski und Harold G. Koenig. Aus Koenigs Sicht ist die Medizin mit der Integration von Spiritualität in die klinische Praxis in eine neue Ära eingetreten.<sup>4</sup> Koenig, der seit 1998 an der Duke University

das von ihm gegründete *Center for the Study of Religion/Spirituality and Health* leitet und neben vielen empirischen Studien auch zahlreiche Beiträge zur praktischen Implementierung von Spiritual Care publizierte, konzipiert Spiritualität in doppelter Weise. In klinischen Kontexten sei es unabdingbar, einen breiten und in religiöser Hinsicht unspezifischen Begriff von Spiritualität zu verwenden: »Irgendwo muss der Dialog beginnen, und das Netz soll so weit wie möglich ausgeworfen werden, so dass alle Patienten spüren, dass sie einen Platz am Tisch haben. Der Begriff Spiritualität selber ist breit, vage und undefiniert genug, um praktisch alle einzuschließen.«<sup>5</sup> Was jedoch im Krankenhausalltag ein Vorteil sei, stelle für die Forschung ein gewichtiges Problem dar. Der unscharfen Begrifflichkeit wohne zum einen die Tendenz inne, Spiritualität als psychologisches Konstrukt zu behandeln und die religiöse Dimension auszuschließen. Zum anderen komme es leicht zu tautologischen Begründungen, in denen dieses Konstrukt sich selbst bestätige.<sup>6</sup> Koenig schlägt deshalb im Anschluss an Kenneth Pargament vor, Spiritualität als »Suche nach dem Heiligen« zu bestimmen. Auch wenn das keine perfekte Lösung sei, lasse sich Spiritualität auf diese Weise zumindest deutlich von positiver Psychologie abgrenzen.<sup>7</sup>

Ein breit abgestütztes Konsensdokument, das unter der Leitung von Christina M. Puchalski erarbeitet und 2009 veröffentlicht wurde, geht von einem ähnlichen Verständnis aus: »Spirituality is the aspect of humanity that refers to the way individuals seek and express meaning and purpose, and the way they experience their connectedness to the moment, to self, to others, to nature and to the significant or sacred.«<sup>8</sup> Puchalski, die an der George Washington University das *Institute for Spirituality and Health* leitet, begründet dieses Verständnis anthropologisch. Spiritualität sei nicht allein allen Menschen zu eigen, sondern »the essence of one's humanity«.<sup>9</sup> Spiritual Care habe deshalb die Aufgabe, Patienten in ihrer Fähigkeit zu unterstützen, »to find solace, comfort, connection, meaning, and purpose in the midst of suffering, disarray, and pain«<sup>10</sup>. Das detailliert ausgearbeitete Modell von Spiritual Care, das Puchalski vorlegt, sieht einen mehrstufigen, institutionell

lung – Bedeutung und Ausdrucksformen der Spiritualität in der Medizin, Frankfurt a. M. 2006, 232–241.

5) Harold A. Koenig, Spiritualität in den Gesundheitsberufen. Ein praxisorientierter Leitfaden. Bearbeitet und mit einem Geleitwort von René Hefti, Stuttgart 2012, 44.

6) Aufschlussreich zu diesem Problem ist die Untersuchung von Peter la Cour/Nadja H. Ausker/Niels Ch. Hvidt, Six Understandings of the Word »Spirituality« in a Secular Country, in: *Archive for the Psychology of Religion/Archiv für Religionspsychologie* 34 (2012), 63–81.

7) Koenig, Spiritualität in den Gesundheitsberufen (s. Anm. 5), 46.

8) Christina Puchalski et al., Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care. The Report of the Consensus Conference, in: *Journal of Palliative Medicine* 12 (2009), 885–904, hier: 887.

9) Christina M. Puchalski/Betty Ferrell, Making Health Care Whole. Integrating Spirituality into Patient Care, West Conshohocken 2010, 25.

10) A. a. O., 55.

1) Bruce Rumbold, Spiritual Assessment and Health Care Chaplaincy, in: *Christian Bioethics* 19 (2013), 251–269, hier: 256.

2) Simon J. C. Lee, In a Secular Spirit: Strategies of Clinical Pastoral Education, in: *Health Care Analysis* 10 (2002), 339–356, hier: 342.

3) Vgl. das Standardwerk von Harold G. Koenig et al. (Hrsg.), *Handbook of Religion and Health*, Oxford 2012 (1. Aufl.: 2001).

4) Vgl. Harold G. Koenig, Integrating Spirituality into Medical Practice. A New Era in Medicine, in: A. Büssing et al. (Hrsg.), *Spiritualität, Krankheit und Hei-*

genau geregelten Ablauf vor, in dem *board-certified chaplains* eine Schlüsselrolle einnehmen. Auf der Basis von standardisierten Assessmentverfahren entwickelt das interdisziplinäre Team einen den spirituellen Bedürfnissen, Nöten und Ressourcen angepassten *Care Plan*, zu dem ggf. auch die seelsorgliche Begleitung und religiöse Rituale gehören.

Da standardisierten Assessmentverfahren in der Diskussion eine Schlüsselrolle zukommt<sup>11</sup> und sie der klinischen Seelsorge eine neue Rolle zumessen,<sup>12</sup> bedürfen sie im vorliegenden Zusammenhang einer eingehenderen Betrachtung. Fast alle Verfahren gehen von einem mehrstufigen Erhebungsprozess aus. An dessen Anfang steht ein kurzes *Screening*, das aus einer einzigen offenen Frage bestehen kann (z. B. »Are you at peace?«<sup>13</sup>). In der Regel wird es von einem Arzt bzw. einer Ärztin oder einer Pflegefachperson durchgeführt. Gegebenenfalls kann sich daran ein strukturiertes Anamnesegespräch anschließen, das auf wenigen und standardisierten Fragen aufbaut, und/oder ein ausführliches Assessment in Form eines längeren Gesprächs.<sup>14</sup> Die Ergebnisse des Assessments sollen anschließend dokumentiert und im Behandlungsteam besprochen werden.

Um die Rolle zu verstehen, die Assessmentverfahren in heutiger Spiritual Care spielen, ist an ihre Herkunft zu erinnern. Während Spiritual Care in der Hospizbewegung wurzelt, die sich zu Standardisierungsprozessen tendenziell kritisch verhält, ist die Entwicklung von Assessmentverfahren eine Folge des New Public Management, das seit den 1980er Jahren das Gesundheitssystem ähnlich tiefgreifend umformte wie der Bologna-Prozess die Universitäten.<sup>15</sup> Zur Versorgungsplanung, die das erneuerte Gesundheitssystem prägt, gehört das standardisierte Erfassen von behandlungsrelevanten Bedürfnissen, zu denen im Horizont einer ganzheitlichen Behandlung auch spirituelle Bedürfnisse zu zählen sind.

Zu den Hauptproblemen dieses Ansatzes gehört, dass unklar ist, was genau unter »spirituellen Bedürfnissen« zu verstehen ist und wie sie wahrgenommen bzw. erfragt werden können. Zu den frühesten Klärungsvorschlägen gehörte Allan Kellehears »descriptive model of needs«<sup>16</sup>. Es unterscheidet zwischen drei Formen spiritueller Bedürfnisse:<sup>17</sup> *situative* Bedürfnisse, die Ausdruck menschlichen Sinnverlangens sind und zu denen auch der Wunsch nach Verbundenheit und sozialer Zugehörigkeit gehört; *moralische* und *biographische* Bedürfnisse, zu denen Kellehear auch den Wunsch nach Vergebung und Versöhnung zählt; und schließlich *religiöse* Bedürfnisse, die sich u. a. im Wunsch nach religiösen Ritualen äußern. Kellehears Modell kommt jenen entgegen, für die Spiritualität und Spiritual Care auch ohne religiöse Bezüge auskommen. Zugleich erinnert es daran, dass es neben mehr oder weniger universellen Formen spiritueller Bedürfnisse auch spezifisch religiöse gibt. Doch lassen sich religiös-spirituelle Bedürfnisse so klar von anderen Bedürfnissen unterscheiden, wie das Modell es vorsieht?

In der Forschungsliteratur der letzten Jahre lässt sich ein deutlicher Trend feststellen, das Konzept der spirituellen Bedürfnisse auszuweiten. So zählt Aleix Vilata in einer 2014 publizierten Studie auch die offene Information über die aktuelle Diagnose zu dieser Kategorie von Bedürfnissen.<sup>18</sup> In eine ähnliche Richtung geht das *spiritual distress assessment tool*, das die am Universitätsspital Lausanne tätige Geriaterin Stéphanie Monod zusammen mit einem interdisziplinären Forschungsteam entwickelte.<sup>19</sup> Es fragt nach der *spirituellen Befindlichkeit*, die als »the patient's feelings regarding his or her spirituality« definiert und in einem Spektrum zwischen spirituellem Wohlbefinden und spirituellem Stress erfasst wird.<sup>20</sup> Letzterer entstehe aus unbefriedigten spirituellen Bedürfnissen, die sich nach Monod um vier Dimensionen von Spiritualität gruppieren: der *Sinndimension* entspreche das Bedürfnis nach Lebensbalance und Krankheitsbewältigung; der *Transzendenzdimension* das Bedürfnis nach Verbundenheit mit dem, was für die Befragten in existenzieller Hinsicht grundlegend ist; der *Wertedimension* das Bedürfnis nach Anerkennung dieser Werte sowie das Bedürfnis, Kontrolle zu behalten und in Entscheidungsprozesse einbezogen zu werden; der psychosozialen *Identitätsdimension* entspreche schließlich das Bedürfnis nach Geliebt- und Gehörtwerden sowie nach Verzeihung.

Im Vergleich zu Kellehears Entwurf treten die spezifisch religiösen Bedürfnisse in diesem Modell merklich in den Hintergrund. Was das Lausanner Forschungsteam als Transzendenzdimension erfasst, entspricht den situativen Bedürfnissen in Kellehears Modell. Es verwundert nicht, dass die Seelsorger, die zur Überprüfung beigezogen wurden, darauf hinwiesen, dass das Instrument religiöse Aspekte wie die Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft oder das Bedürfnis nach rituellen Vollzügen unzureichend erfasse. Die Seelsorger warfen zudem die Frage auf, ob standardisierte Erhebungsverfahren mit den besonderen Qualitäten eines seelsorglichen Gesprächs vereinbar sind.<sup>21</sup>

Ein seelsorgliches Unbehagen verzeichnet auch die qualitativ-empirische Studie, die Simon Lee um die Jahrtausendwende in zwei kalifornischen Krankenhäusern durchführte, in denen ein solches Assessmentverfahren bereits etabliert war.<sup>22</sup> In seiner Auswertung vermerkt Lee eine Spannung zwischen der starken Tendenz zu einer säkularen, psychologisch geprägten Sprache bei gleichzeitiger Betonung, dass sich Seelsorge deutlich von psychologischer Beratung unterscheide. Kennzeichnend dafür ist die Stellungnahme einer Ausbildungspfarrerin, die das Proprium einer theologisch geprägten Seelsorge ebenso betont wie ihre Verantwortung für Spiritual Care in einem weiten Sinne: »We are looking with a theological perspective. Why? In this setting, you need to have some theory to describe what you do. Without it you get discounted, and you end up charting with psychological rather than theological language. Without being able to articulate spiritual services, chaplains are relegated to only religious patients, and as an afterthought.«<sup>23</sup> Doch wie könnte ein solch theologischer Zugang zur Spiritual Care aussehen?

11) Vgl. Rumbold, *Spiritual Assessment and Health Care Chaplaincy* (s. Anm. 1): »The assessment issue reflects changes with profound implications for the way in which chaplaincy functions within contemporary health care systems« (261).

12) Ebd.

13) Vgl. Karen E. Steinhäuser et al., »Are You at Peace?« One Item to Probe Spiritual Concerns at the End of Life, in: *Archive of Internal Medicine* 166 (2006), 101–105.

14) Dieselbe Unterscheidung findet sich auch bei Puchalski/Ferrell, *Making Health Care Whole* (s. Anm. 9), 94 f.

15) Für eine genaue Darstellung der Entwicklung in Großbritannien vgl. Christopher Swift, *Hospital Chaplaincy in the Twenty-first Century. The Crisis of Spiritual Care on the NHS*, Farnham/Burlington 2009.

16) Allan Kellehear, *Spirituality and palliative care. A model of needs*, in: *Palliative Medicine* 14 (2000), 149–155.

17) A. a. O., 154.

18) Aleix Vilata/Joan Valls/Josep Porta/Juan Viñas, *Evaluation of Spiritual Needs of Patients with Advanced Cancer in a Palliative Care Unit*, in: *Journal of Palliative Medicine* 17 (2014), 592–600.

19) Stefanie M. Monod et al., *The spiritual distress assessment tool. An Instrument to assess spiritual distress in hospitalised elderly persons*, in: *BMC Geriatrics* 10 (2010), 1–9 (<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/88>).

20) A. a. O., 2.

21) A. a. O., 5 f.

22) Lee, *In a Secular Spirit* (s. Anm. 2).

23) A. a. O., 346.

## II Theologische Verhältnisbestimmungen

In den Standardwerken zur Spiritual Care ist die Theologie im Verbund mit den Religionswissenschaften oft mit mehreren Beiträgen präsent. Ihre Aufgabe beschränkt sich jedoch meist darauf, Gesundheitsfachleute über spezifische Haltungen, Überzeugungen und Praktiken zu informieren, die bei Patienten aus unterschiedlichen religiösen Traditionen zu berücksichtigen sind.<sup>24</sup> Abgesehen davon hat sich die Theologie bisher nur zurückhaltend in die Spiritual Care-Diskussion eingebracht. Das dürfte paradoxerweise damit zu tun haben, dass es dabei auch um Fragen geht, mit denen sich die Praktische Theologie bereits seit mehreren Jahrzehnten intensiv auseinandersetzt. Unter den theologischen Beiträgen, die sich ausdrücklich auf die genannte Diskussion beziehen, finden sich sowohl Voten, die das medizinisch geprägte Spiritual Care-Paradigma grundsätzlich kritisieren und ablehnen, als auch Stimmen, die in unterschiedlichen Ausprägungen dazu ermutigen, die »Crisis of Spiritual Care«<sup>25</sup> aktiv mitzugestalten. Ich resümiere einige exemplarische Stellungnahmen.

Vom Standpunkt der (eng interpretierten) orthodoxen Theologie argumentieren der Mediziner und Bioethiker H. Tristram Engelhardt und die Philosophin Corinna Delkeskamp-Hayes.<sup>26</sup> Für beide steht die Aufgabe einer recht<sup>27</sup> verstandenen christlichen Seelsorge in scharfem Kontrast zu den Zumutungen des heutigen Gesundheitssystems. Spiritual Care ist für diese beiden Autoren die Folge einer »Wiedergeburt säkularer oder neu-heidnischer Spiritualitäten«. Mit ihren weichen therapeutischen Zielen verwische sie in unheilvoller Weise konfessionelle Identitäten: »Ein »generischer« Seelsorger besitzt [...] entweder selbst (privat) gar keine konfessionelle Identität mehr, oder aber er stellt diese in der Begegnung mit seinen Klienten zurück.«<sup>28</sup> Dies sei gegenüber »wahrhaft gläubigen christlichen Patienten« besonders dort problematisch, wo auf ihre religiösen Anliegen allein mit Angeboten reagiert werde, die immanente Bedürfnisse betreffen. Statt »im Angesicht des Todes die Irrenden zu Reue und Vergebung ihrer Sünden« zu bringen, vertrete Spiritual Care bzw. generische Seelsorge das unbedingt zu respektierende Recht eines jeden auf spirituelle Selbstbestimmung und sei allein an der »Verbesserung der rein irdischen Lebensqualität der Betreuten« interessiert.<sup>29</sup> Bei religiösen Patienten bewirke eine solche Spiritual Care, was sie lindern möchte: spirituellen Stress.

Die meisten theologischen Stimmen, die sich zur Spiritual Care äußern, argumentieren weit weniger polemisch. So bekundet Isolde

Karle trotz kritischem Einspruch, dass das Konzept der Spiritual Care ihr in vieler Hinsicht sympathisch sei.<sup>30</sup> Ihre Kritik richtet sich gegen die Tendenz, kirchliche Seelsorge an ein therapeutisches Zweckdenken anzugleichen. Karle bemängelt die Vagheit, mit der im Kontext von Spiritual Care von Spiritualität gesprochen werde. Diese Rede markiere zwar »große Offenheit, aber der Preis, der dafür zu zahlen ist, ist hoch: Es ist der Preis der Entkonkretisierung und Entsinnlichung der Religion.«<sup>31</sup> Christliche Krankenhausseelsorge lebe von eingespielten Ritualen und der geformten Sprache der Tradition.<sup>32</sup> Die Stärke der Seelsorge sei es, »ganz offen zu sein und keinen irgendwie gearbeteten therapeutischen Zielen als vierter Säule im Gesundheitswesen, deren Erfüllung oder Nichterfüllung dann nach bestimmten Kriterien gemessen und evaluiert werden müsste, unterworfen zu sein«<sup>33</sup>. Gegen eine Spiritual Care, die allein auf Akzeptanz abziele, verweist Karle auf die Bedeutung und das Recht der Klage, auf die Würde der Untröstlichkeit und die theologische Legitimität der Weigerung, dem Widersinn des Leidens einen Sinn zu geben.<sup>34</sup>

Karle wendet sich insbesondere gegen die Konzeption Traugott Rosers, der mit seiner 2007 veröffentlichten Habilitationsschrift die bisher umfassendste theologische Stellungnahme im deutschen Sprachraum vorgelegt hat.<sup>35</sup> Roser situiert Spiritual Care im Wahrnehmungs- und Reflexionsfeld praktischer Theologie und versteht sie primär als bestimmte Form christlicher Seelsorge in multiprofessionellen klinischen Kontexten. Auch wenn die Seelsorgebewegung des letzten Jahrhunderts vieles vorweggenommen habe, handle es sich um einen Paradigmenwechsel: Die Implementierung von Spiritual Care als einer multiprofessionellen Aufgabe bewirke nämlich nicht allein »eine Umdeutung von Phänomenen und Sachverhalten«, sondern auch eine Neuverortung der Klinikseelsorge.<sup>36</sup> Ohne die damit gegebenen Spannungen und Probleme zu verschweigen, betont Roser die Chancen dieses Transformationsprozesses. Das Argument der Kritiker, Spiritual Care führe zu einer Medikalisierung der Spiritualität, wendet Roser ins Gegenteil: »Mit der Verwendung der Begriffe *spirituelles Bedürfnis*, *spirituelle Ressourcen* und *spirituelle Begleitung* wird dafür Sorge getragen, dass auch in der Situation einer lebensbedrohlichen Erkrankung der Patient nicht medikalisiert und nicht der Definitionsmacht medizinischer Diagnostik und Prognostik im totalen System Krankenhaus überlassen wird.«<sup>37</sup> Die Aufgabe von Spiritual Care sieht Roser »auch in einem Offenhalten von Unverrechenbarem im sozialen System« und der »Wahrnehmung persönlichkeitspezifischer spiritueller Bedürfnisse«<sup>38</sup>, wobei er zwischen ethischer und geistlich-ritueller Kompetenz unterscheidet.<sup>39</sup>

Roser kann der begrifflichen Unschärfe des Spiritualitätsbegriffs etwas Positives abgewinnen. Die Rede von Spiritualität werde dadurch über konfessionelle Grenzen hinweg für religiöse und nichtreligiöse Weltanschauungen anschlussfähig.<sup>40</sup> Entspre-

24) So umfasst das *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare* Beiträge über alle großen Religionen sowie über feministische, indigene und New-Age Spiritualitäten. Das thematisch aufgebaute Handbuch von Mark Lazenby/Ruth McCorkle/Daniel P. Sulmasy, *Safe Passage. A Global Spiritual Sourcebook for Care at the End of Life*, Oxford/New York 2014, differenziert zudem zwischen spezifischen konfessionellen und kulturellen Traditionen.

25) Swift, *Hospital Chaplaincy in the Twenty-first Century* (s. Anm. 15).

26) H. Tristram Engelhardt/Corinna Delkeskamp-Hayes, *Der Geist der Wahrheit und die »Legion« der Spiritualitäten. Ein orthodoxer Blick auf die Klinikseelsorge im religiösen Pluralismus*, in: E. Frick/T. Roser (Hrsg.), *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*, Stuttgart 2011, 73–80. Eine philosophisch differenzierte Kritik findet sich beim orthodoxen Biomediziner Jeffrey P. Bishop, *The Anticipatory Corpse, Medicine, Power, and the Care of the Dying*, Notre Dame 2011; vgl. auch ders., *Fides ancilla medicinae. On the Ersatz Liturgy of Death in biopsychosociospiritual Medicine*, in: *The Heythrop Journal* 49 (2008) 20–43.

27) Dazu berufen sich Engelhardt und Delkeskamp-Hayes auf ein Lehrverständnis, »das sich an der Kirche der Apostel orientiert (d. h. dem Verständnis der Orthodoxen, der konservativen Römischen Katholiken, einiger Baptisten und anderer evangelischer Freikirchen)« (a. a. O., 74).

28) A. a. O., 78.

29) A. a. O., 74.

30) Isolde Karle, *Perspektiven der Krankenhausseelsorge. Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept des Spiritual Care*, in: *Wege zum Menschen* 62 (2010), 537–555, hier: 546.

31) A. a. O., 554.

32) A. a. O., 553.

33) A. a. O., 551.

34) A. a. O., 547 f. Vgl. auch: Isolde Karle, *Sinnlosigkeit aushalten! Ein Plädoyer gegen die Spiritualisierung von Krankheit*, in: *Wege zum Menschen* 61 (2009), 19–34.

35) Traugott Roser, *Spiritual Care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhausseelsorge*, Stuttgart 2007.

36) A. a. O., 265.

37) A. a. O., 252.

38) A. a. O., 280.

39) A. a. O., 288 mit Verweis auf U. H. J. Körtner.

40) A. a. O., 250. Ähnlich argumentieren John Swinton und Stephen Pattison, *Moving beyond clarity. Towards a thin, vague, and useful understanding of spirituality in nursing care*, in: *Nursing Philosophy* (2010), 226–237.



chend offen ist Rosers Definition von Spiritual Care: Sie sei »die Sorge um die individuelle Teilnahme und Teilhabe an einem als sinnvoll erfahrenen Leben in einem umfassenden Verständnis.«<sup>41</sup>

In der englischsprachigen Seelsorgeliteratur überwiegt das Bemühen, die neuen Herausforderungen als Profilierungschance zu nutzen.<sup>42</sup> Exemplarisch dafür ist das von jüdischen und christlichen Theologen und Theologinnen gemeinsam herausgegebene Handbuch *Professional Spiritual & Pastoral Care*.<sup>43</sup> Die 33 Beiträge dieses Manuals antworten auf die neuen klinischen Anforderungen dadurch, dass sie bisherige *Pastoral Care*-Ansätze ausweiten. Parallel dazu finden die Methoden klinischer Seelsorgeausbildung Eingang in medizinische und pflegerische Ausbildungen.<sup>44</sup>

Im Schnittpunkt von Seelsorgetheorie und Sozialethik verortet sich der Beitrag Emmanuel Y. Lartey zum *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*. Die Theologie, so argumentiert der an der Emory University lehrende Pastoraltheologe, habe im Gesundheitssystem die Aufgabe einer »blessed irritation«: »Pastoral theology will irritate those who would annex the language and practice of spirituality and spiritual care into the service of a healthcare delivery system that is more about illness than about health.«<sup>45</sup> Lartey trifft sich mit Anliegen, die in der deutschsprachigen Diskussion u. a. Ulrich H. J. Körtner<sup>46</sup> und Johannes Fischer<sup>47</sup> vertreten. Aus ihrer Sicht ist es gleichermaßen problematisch, körperliche Heilung und seelisches Heil säuberlich voneinander zu trennen wie im Namen der Ganzheitlichkeit »alle Krankheiten auf psychische oder spirituelle Ursachen zurück[zu]führen«<sup>48</sup>. Auf unterschiedliche Weisen betonen sowohl Körtner wie Fischer, dass Spiritualität vor allem Tun eine »Präsenz« bezeichnet, die »das ganze Leben eines Menschen in Beschlag« nimmt.<sup>49</sup> Körtner unterscheidet zwischen zwei Dimensionen von Spiritual Care: Zum einen gehe es um *professional attitudes*, in denen sich spiegle, aus welchem Geist heraus jemand seine Arbeit tue, zum anderen um Spiritualität als einem (auch) organisationstheoretischen Thema, das den Geist betreffe, der in einem (Kranken-)Haus herrsche.<sup>50</sup> In dem, was Johannes Fischer als heilsame »Atmosphäre« beschreibt, kommt beides zusammen: »Nicht zuletzt ist dies der Grundgedan-

ke der Hospizbewegung: einen Präsenzraum zu schaffen, in dem Menschen, die dem Tod entgegengehen, ihrer Situation standhalten und sich geborgen fühlen können.«<sup>51</sup>

Als Zwischenbilanz lässt sich festhalten, dass die resümierte Diskussion um zwei neuralgische Punkte kreist: um die Frage, was genau unter Spiritualität und spirituellen Bedürfnissen zu verstehen ist, und um jene nach den professionellen Zuständigkeiten. Ich werde mich auf diese beiden Fragekreise konzentrieren.

### III Rekonstruktion des Spiritualitätsbegriffs<sup>52</sup>

Gesundheitspolitische Leitbegriffe haben praktische Implikationen. Was in klinischen Kontexten unter Spiritualität bzw. unter spirituellen Bedürfnissen, Krisen und Ressourcen verstanden wird, formt die professionelle Wahrnehmung und Praxis. *Ex negativo* und überspitzt formuliert: Was nicht in das jeweilige konzeptionelle Raster hineinpasst, wird nicht als spirituelle Erfahrung oder Haltung erfasst und in der Praxis folglich auch nicht berücksichtigt.<sup>53</sup> Gegenwärtige Konzeptionen von Spiritualität und Spiritual Care sind unter diesen Umständen theologisch daraufhin zu befragen, wie sie sich zu religiösen Selbstverständnissen verhalten. Bei Traugott Roser findet sich der breit rezipierte Vorschlag, pragmatisch zwischen einer weit- und einer enggefassten Rede von Spiritualität zu unterscheiden und ausdrückliche Formen von Religiosität Letzterer zuzuordnen. Im Anschluss an Christoph Bochsinger meint Roser, diese Unterscheidung auch begriffsgeschichtlich erhärten zu können. In seiner Dissertation hatte Bochsinger die These vertreten, die heutige Rede von Spiritualität könne auf zwei deutlich zu unterscheidende Quellen zurückgeführt werden.<sup>54</sup> Erstere entspringe der katholischen Ordenstheologie Frankreichs, während die angelsächsische Linie ein transkonfessionelles Profil habe.

Im unübersichtlichen Feld alltagssprachlicher und wissenschaftlicher Rede von Spiritualität und Spiritual Care wirkt eine solche Unterscheidung orientierend. Sie verspricht, säkularen und religiösen Interessen gleichermaßen entgegenzukommen. Aus begriffs- und spiritualitätsgeschichtlicher Perspektive ist Bochsingers Zwei-Quellen-Theorie jedoch zu differenzieren und zum Teil auch zu korrigieren. Bereits die Charakterisierung der französischen Quelle als »ordens theologisch« ist unzutreffend. Die im 17. Jh. aufkommende Rede von *spiritualité* bezieht sich gerade nicht auf unterschiedliche Formen des Ordenslebens, sondern auf eine mystische Strömung, die stark von Laien und Weltgeistlichen geprägt wurde. Ihre zwei bedeutendsten Protagonisten waren nicht Ordensleute, sondern die fünffache Mutter Jeanne-Marie Guyon und der hochadlige Erzbischof Fénelon. Auch Auguste Sau-

41) Traugott Roser, *Spiritual Care – neuere Ansätze seelsorglichen Handelns*, in: Ulrich H. J. Körtner et al. (Hrsg.), *Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett*, Wien 2009, 81–90, hier: 88.

42) Wendy Cadge, *Paging God. Religion in the Halls of Medicine*, Chicago 2012, 98 f., bemerkte, dass die von ihr befragten Klinikseelsorgerinnen und -seelsorger sich nur sehr selten kritisch zum Spannungsfeld zwischen Religion, Spiritualität und Medizin äußerten.

43) Stephen B. Roberts (Ed.), *Professional Spiritual & Pastoral Care. A Practical Clergy and Chaplain's Handbook*, Woodstock 2013.

44) Lee, in: *A Secular Spirit* (s. Anm. 2), 339; Rumbold, *Spiritual Assessment and Health Care Chaplaincy* (s. Anm. 1), 265.

45) Emmanuel Y. Lartey, *Pastoral theology in healthcare settings: blessed irritant for holistic human care*, in: M. Cobb/Ch. M. Puchalski/B. Rumbold (Hrsg.), *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*, Oxford/New York 2012, 293–297, hier: 297.

46) Ulrich H. J. Körtner, Für einen mehrdimensionalen Spiritualitätsbegriff. Eine interdisziplinäre Perspektive, in: Frick/Roser (s. Anm. 26), 26–34, hier: 31. Ähnlich argumentiert auch Frank Mathwig, Worum sorgt sich Spiritual Care? Bemerkungen und Anfragen aus theologisch-ethischer Sicht, in: I. Noth/C. Kohli Reichenbach (Hrsg.), *Palliative und Spiritual Care. Aktuelle Perspektiven in Medizin und Theologie*, Zürich 2014, 23–41.

47) Johannes Fischer, Krankheit und Spiritualität, in: *Schweizerische Ärztezeitung* 93:45 (2012), 1672–1675; vgl. auch ders., Ethische Dimension der Spital-seelsorge, in: *Wege zum Menschen* 58 (2006), 207–224.

48) Körtner, Für einen mehrdimensionalen Spiritualitätsbegriff (s. Anm. 46), 31.

49) Fischer, Krankheit und Spiritualität (s. Anm. 47), 1673.

50) In der von Körtner besonders hervorgehobenen »Ressource Vertrauen« verbinden sich beide Dimensionen.

51) Fischer, Krankheit und Spiritualität (s. Anm. 47), 1675.

52) Ich greife im Folgenden zurück auf meine ausführlicheren Analysen in den folgenden Beiträgen, in denen sich auch genauere Quellenhinweise finden: Simon Peng-Keller, Zur Herkunft des Spiritualitätsbegriffs. Begriffs- und spiritualitätsgeschichtliche Erkundungen im Hinblick auf das Selbstverständnis von Spiritual Care, in: *Spiritual Care* 3 (2014), 36–47; ders., Einführung in die Theologie der Spiritualität, Darmstadt 2010, 9–12.

53) Vgl. John Swinton, Identity and resistance: why spiritual care needs »enemies«, in: *Journal of Clinical Nursing* 15 (2006), 918–928, hier: 923: »The people interviewed may well have had deep spiritual experiences. However, if these experiences fell outside the spiritual worldview of the nurse whose understanding of spirituality has been shaped and confined by this definition, they simply would not see it or hear it. If true, this is a most unsatisfactory and deeply concerning situation.«

54) Christoph Bochsinger, »New Age« und moderne Religion. Religionswissenschaftliche Analysen, Gütersloh 1994, 377 ff.

dreau, der die Rede von *spiritualité* anfangs des 20. Jh.s theologisch neu besetzte, war kein Ordensmann, sondern ein Weltpriester. Die Rede von *spiritualité* hatte bei Saudreau keine ordentheologischen Konnotationen, sondern diente dazu, die Zerteilung von Asketik und Mystik zu überwinden. Dass die Theologie den Terminus, dem das Stigma des Quietismus anhaftete, zu dieser Zeit neu beleben konnte, hat möglicherweise auch damit zu tun, dass er in den vergangenen Jahrhunderten in die weltliche Literatur eingesickert war und dort noch offener und unbestimmter gebraucht wurde als in den Texten, die Boehinger als Beispiel für die spezifisch angelsächsische Traditionslinie zitiert.<sup>55</sup>

Noch bedeutsamer ist, dass die Traditionslinie, die Boehinger als angelsächsisch bezeichnet, der französischen entstammt. Für die evangelische Theologie dürfte es dabei von besonderem Interesse sein, dass der Weg von der französischen *spiritualité* zur amerikanischen *spirituality* über den *evangelical revival* des 18. Jh.s führte. Deren Hauptvertreter, der Methodist John W. Fletcher, verteidigte die mystischen Bewegungen des 17. Jh.s und vertrat im Anschluss an sie einen »evangelical mysticism«, den er als »a way of seeing the invisible and spiritual« verstand.<sup>56</sup> Die katholische Mystik Frankreichs lag Fletcher biographisch nahe. Er entstammte einer französischen Hugenottenfamilie und wuchs als Jean Guillaume de la Fléchère in Nyon am Genfersee auf. Schon während seines Studiums in Genf begeisterte er sich für die französische Mystik des 17. Jh.s. Fletcher gehörte zu den Autoren, die *spiritualité* zu *spirituality* umformten. Der neuen amerikanischen Rede von *spirituality* wohnte von Anfang an ein spiritualistischer Universalismus inne. So schreibt der ebenfalls dem *evangelical revival* zuzurechnende Anglikaner Thomas Hartley 1764 in seiner *Short Defense of the Mystical Writers*, die Mystiker seien die Wächter der »spirituality of true religion«.<sup>57</sup> Von hierher ist es nur ein kleiner Schritt zu den Konzepten einer inter- und transreligiösen Spiritualität, die einige Jahrzehnte später in transzendentalistischen und theosophischen<sup>58</sup> Kreisen aufkommen und die den heutigen Spiritualitätsdiskurs maßgeblich bestimmen. Das transreligiöse Spiritualitätsverständnis, dessen christliche Wurzeln ausgeblendet werden, hat sich darin als jenes etabliert, das sich im Vergleich zu einem »engen« christlich-konfessionellen Verständnis durch Weite und Neutralität auszeichnet. Die gesundheitspolitischen Konsequenzen dieser Sicht lassen sich am Beispiel der Niederlande ablesen, wo unterschiedliche Spiritual Care-Provider um ihre Marktanteile kämpfen und medizinische Institutionen »immer häufiger dazu neigen, spirituell möglichst neutrale *Geestelijke Verzorgers* auszuwählen, da diese angeblich viel breiter aufgestellt sind als religiös-weltanschaulich gebundene«.<sup>59</sup>

Eine weitere begriffliche Schwierigkeit liegt darin, dass das skizzierte transreligiöse Verständnis oft umstandslos mit der Definition der WHO gleichgesetzt wird. Diese ist ebenfalls als »weit« zu charakterisieren, wenn auch in einem ganz anderen Sinne. Nicht

die Abgrenzung gegenüber konfessionell gebundener Religiosität bestimmt hier das begriffliche Profil, sondern die Kritik an einem enggeführten Gesundheitsverständnis. Bereits 1984 empfahl die WHO ihren Mitgliedsstaaten, die »spirituelle Dimension« in ihre Gesundheitsvorsorge einzubeziehen. Der Exekutivrat erläuterte, was darunter zu verstehen ist: »a phenomenon that is not material in nature but belongs to the realm of ideas, beliefs, values and ethics«.<sup>60</sup> An der Weite einer solchen Konzeption von Spiritualität ist nicht zu zweifeln. Dennoch lässt sich nicht Beliebiges darunter subsumieren. Insofern die WHO Spiritualität als Dimension des Gesundseins bzw. der Lebensqualität versteht, konzipiert sie diese in einer Weise, die aus theologischer Perspektive eher »eng« als »weit« erscheint. Eine solche Konzeption von Spiritualität trägt eine normative Signatur. Es handelt sich um ein »thick concept«, das sich mit dem Anspruch weltanschaulicher Neutralität und der Aussage reibt, Spiritualität sei im Kontext der Palliative Care »genau – und ausschließlich – das, was der Patient dafür hält«.<sup>61</sup>

Die Komplexität der WHO-Definition wird zusätzlich dadurch gesteigert, dass sie nicht allein der Leitunterscheidung zwischen gesundheitsförderlich und gesundheitsschädlich verpflichtet ist, sondern, wie das obige Zitat zeigt, auch jener zwischen Materie und Geist. »Spirituell« bezeichnet hier auch die Sinn dimension menschlichen Lebens, die sich dem biomedizinischen Blick entzieht (»the realm of ideas, beliefs, values and ethics«). Innerhalb einer naturwissenschaftlich orientierten Medizin wirkt eine solche scharfe Differenz unmittelbar plausibel. Als das Andere des medizinisch Behandelbaren erweitert Spiritualität in diesem Sinne das Verständnis von Gesundheit und Lebensqualität um eine zusätzliche Dimension. Damit stellt sich jedoch nicht allein die Frage, ob eine »der cartesisch imprägnierten Medizin subsumierte Spiritual Care« nicht einer dualistischen Sicht des Menschen verhaftet bleibt, die aus seelsorglich-theologischer Sicht zu kritisieren wäre.<sup>62</sup> Unklar bleibt auch, in welchem Verhältnis die spirituelle Dimension zur sozialen und psychischen steht. Ist sie neben oder quer zu ihnen zu konzipieren? Wie die Diskussion der letzten Jahre zeigt, kommt es genau an diesem Punkt zu starken Reibungen, nicht allein in der akademischen Diskussion,<sup>63</sup> sondern auch im klinischen Alltag. Denn wie organisiert sich eine derart verstandene Spiritual Care? Wer ist für sie zuständig? Welche Kompetenzen braucht es dafür? Und welche Institutionen sind dazu befähigt, sie zu vermitteln, zu zertifizieren und zu überprüfen?

#### IV Theologisches Assessment spiritueller Assessments

Um Spiritual Care im klinischen Alltag institutionell zu verankern, legt es sich nahe, spirituelle Assessments in standardisierter Weise einzuführen. Wenn medizinische Institutionen sich dazu entschließen, verändern sie dadurch *nolens volens* auch das Arbeitsfeld klinischer Seelsorge. Diese steht dann vor dem verlockenden Angebot, sich an der Vermenschlichung der Medizin zu beteiligen und sich im klinischen Kontext neu zu verorten. Der Preis, den sie dafür aufzubringen hat, besteht darin, sich die klinische Logik von

55) In diesem unbestimmten Sinne taucht er z. B. in Marcel Prousts großem Roman *A la recherche du temps perdu* auf.

56) Eric Leigh Schmidt, *Restless souls. The making of American spirituality*, Berkeley 2012, 42.

57) Ebd.

58) In einem theosophischen, aus dem Englischen übersetzten Werk findet sich auch der früheste mir bekannte Beleg von »Spiritualität« in der deutschsprachigen Literatur: Helena P. Blavatsky, *Isis entsleierte. Ein Meisterschlüssel zu den Geheimnissen alter und neuer Wissenschaft und Theologie*, Bd. 1, Leipzig 1907. Im Anschluss an Josef Sudbrack vertritt Boehinger demgegenüber die Meinung, der Begriff der Spiritualität sei »seit etwa 1940 von katholischen Theologen ins Deutsche eingeführt« worden (s. Anm. 54, 377).

59) Doris Nauer, *Seelsorge. Sorge um die Seele*, 3., überarbeitete u. erweiterte Aufl., Stuttgart 2014, 340.

60) World Health Organization, *Handbook of Resolutions and Decisions of the World Health Assembly and the Executive Board*, Vol. II 1973–1984, Genf 1985, 5.

61) Traugott Roser, *Innovation Spiritual Care. Eine praktisch-theologische Perspektive*, in: Frick/Roser (Hrsg.), *Spiritualität und Medizin* (s. Anm. 26), 45–55, hier: 47.

62) Mathwig, *Worum sorgt sich Spiritual Care?* (s. Anm. 46), 31.

63) Vgl. z. B. Pär Salander, *The Emperor's New Clothes: Spirituality. A Concept Based on Questionable Ontology and Circular Findings*, in: *Archive for the Psychology of Religion* 34 (2012), 17–32.

»Anamnese – Indikation – Intervention«<sup>64</sup> zu eigen zu machen. Man kann das als Chance sehen, als Möglichkeit einer stärkeren institutionellen Verankerung klinischer Seelsorge. Doch mehren sich die Stimmen, die auf die problematischen Seiten einer solchen Transformation klinischer Seelsorge hinweisen. Die systemische Aufwertung des eigenen »Angebots« birgt die Gefahr, dass das spezifische Profil klinischer Seelsorge verloren geht. Doris Nauer gibt zu bedenken: »Der erhoffte Effekt, sich mit Hilfe von Spiritual Care zukunfts-fähig aufzustellen, könnte sich auch als Boomerang erweisen und dazu führen, dass sich die Berufsgruppe der SeelsorgerInnen durch ihren durchaus nachvollziehbaren Ruf nach systemischer Integration langfristig selbst überflüssig macht.«<sup>65</sup>

Der Diskussion um die Möglichkeiten und Grenzen eines spirituellen Assessments (und seiner Dokumentation) kommt in diesem Zusammenhang eine Schlüsselrolle zu. Denn an der Beurteilung und Ausgestaltung solcher Verfahren wird deutlich, ob man Spiritual Care als eine neue klinische Praxisform versteht oder als eine multiprofessionelle Verankerung dessen, was klinische Seelsorge schon seit Jahrzehnten praktiziert. Unbestritten sein dürfte, dass durch Assessmentinstrumente, die auf eine Wahrnehmungsschulung der professionellen Helfer zielen, bei diesen ein Bewusstsein für spirituelle Dimensionen ihrer Aufgaben gefördert werden kann.<sup>66</sup> Problematischer hingegen wird es dort, wo sie eine direkte Befragung von Patientinnen und Patienten beinhalten. Worüber Menschen in den USA unbeschwerter Auskunft geben mögen, rührt in hiesigen Kontexten an Intimitätsgrenzen. Nach Birgit und Andreas Heller hat sich ein solches Assessment gewichtigen Fragen zu stellen: »Kann ein Anamnese-gespräch tatsächlich der Ort spiritueller Selbstmitteilung sein? Lassen sich spirituelle Einstellungen abfragen wie Diätbesonderheiten? Wie kann das, was Menschen als Grundlage ihrer Existenz erfahren, statistisch erfasst, zahlenmäßig operationalisiert und gemessen werden?«<sup>67</sup>

Zumindest in standardisierter Verwendung tendieren formalisierte Assessmentinstrumente dazu, den Beziehungsaspekt spiritueller Begleitung abzuschwächen und die Asymmetrie zwischen Patienten und professionellen Helfern zu vergrößern.<sup>68</sup> Kommen diese Instrumente in mechanisierter Weise zur Anwendung, vorstellen sie, was sie erschließen möchten. Spirituelle Haltungen und Überzeugungen widersetzen sich einer routinemäßigen Abfrage (und erst recht dem Ja/Nein-Schema von Fragebögen)<sup>69</sup>. Sie bedürfen, um ans Licht zu kommen, eines Raums des Vertrauens, eines Vorlaufs an abtastender Kommunikation. Jemanden auf seine spirituellen Bedürfnisse und Krisen anzusprechen, rührt an Intimitäts- und Sprachgrenzen. Eine für spirituelle Belange geöffnete klinische Praxis müsste sich auch durch eine besondere Sensibilität dafür auszeichnen, dass es Themen gibt, »die man nicht abfragt,

sondern erfährt, und zwar, wenn man das Vertrauen einer Person gewonnen hat.«<sup>70</sup>

Eine Erhebung von Spiritualität, die über die übliche Frage nach der Konfessionszugehörigkeit hinausgeht, hat Interventionscharakter. Sie ist, sofern sie möglich ist und gelingt, selbst eine Form von Spiritual Care und muss deshalb festgelegten ethischen und religiösen Ansprüchen genügen.<sup>71</sup> Eine offene und interessierte Haltung gegenüber anderen Religionen und Weltanschauungen ist eine unbedingt notwendige, doch in der Regel nicht hinreichende Bedingung, um mit Patientinnen und Patienten spirituelle Bedürfnisse und Krisen zu explorieren. Neben dem Respekt vor anderen Kulturen und Religionen ist sowohl »ein hohes Maß an hermeneutischer Kompetenz«<sup>72</sup> als auch eine selbstkritische Reflexion auf die eigene Positionierung im »spirituellen Feld« erforderlich – verbunden mit der Bereitschaft, diese auf Anfrage hin transparent zu machen. Professionelle Assessments und die spirituelle Begleitung von Menschen in Krisensituationen setzen ein intensives spirituelles Selbst-Assessment voraus.<sup>73</sup> Die klinische Seelsorgeausbildung hat seit ihren Anfängen großen Wert auf kritische Selbstreflexion gelegt und differenzierte Ausbildungsmodelle entwickelt, die sich auch unter veränderten Bedingungen bewähren dürften.

Eines Assessments bedürfen jedoch nicht allein die dafür zuständigen Fachleute, sondern auch die von ihnen verwendeten Instrumente. Der an der Harvard Medical School lehrende Theologe und Mediziner Michael J. Balboni unterzog in einer jüngeren Publikation die gängigen Assessmentverfahren einem theologischen Assessment.<sup>74</sup> Im Horizont einer grundsätzlich affirmativen Stellungnahme kommt Balboni zum Schluss, dass diese Verfahren von impliziten theologischen und ethischen Vorannahmen geleitet sind.<sup>75</sup> Balboni kritisiert George Fitchetts These, funktionale Verfahren seien rein deskriptiv und weltanschaulich neutral. Eine solche Sicht blende aus, dass sich auch funktionale Assessments an einem bestimmten Ethos orientieren und normative Entscheidungen nahelegen. Um den offenen Umgang mit weltanschaulicher und religiöser Pluralität zu ermöglichen, bedürfe es der Artikulation und kritischen Diskussion jener normativen Prämissen und Entscheidungen, die in standardisierten Instrumenten leitend sind.

Analysiert man vor dem Hintergrund dieser Überlegungen das oben referierte Lausanner *spiritual distress assessment tool*, so zeigt sich eine deutliche Tendenz, spirituelle Not in psychologischen Kategorien zu beschreiben. Erfasst man spirituelle Not als primär psychologisches Phänomen, legt es sich nahe, die Verantwortlichkeit für die »Behandlung« dieser Not kompetenten Psychologen

64) Margit Gratz/Traugott Roser, Spiritualität in der Medizin, in: M. W. Schnell/Ch. Schulz (Hrsg.), Basiswissen Palliativmedizin, Heidelberg 2012, 208–214, hier: 211.

65) Nauer, Seelsorge (s. Anm. 59), 371.

66) Vgl. Anemone Eglin, Spiritual Assessment in der Langzeitpflege, in: NO-VAcura 1:2013, 12–14; Lisa Palm, Religiös-spirituelle Begleitung (Spiritual Care) und die Erfassung von Spiritual Pain bei schwerkranken Menschen im Akutspital, in: M. Belok/U. Länzlinger/H. Schmitt (Hrsg.), Seelsorge in Palliative Care, Zürich 2012, 75–86.

67) Birgit Heller/Andreas Heller, Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse, Bern 2014, 37.

68) Nach Karle, Perspektiven der Krankenhausseelsorge (s. Anm. 30), 551, bedeutet es eine wichtige Grenzziehung, dass man als Patient dem Arzt gegenüber nicht über religiöse und andere Werthaltungen Rechenschaft ablegen muss: »Ich muss kein religiöses Bekenntnis ablegen und zum Glück auch meine sexuellen Vorlieben nicht kommunizieren.«

69) Mark Cobb, The dying Soul. Spiritual Care at the End of Life, Buckingham/Philadelphia 2001, 120.

70) Isabelle Noth, Seelsorge und Spiritual Care, in: Dies./C. Kohli Reichenbach (Hrsg.), Palliative und Spiritual Care. Aktuelle Perspektiven in Medizin und Theologie, Zürich 2014, 103–115, hier: 113 f.

71) Rumbold, Spiritual Assessment and Health Care Chaplaincy (s. Anm. 1), 263. Der *Code of Ethics* der Canadian Association for Spiritual Care ist in dieser Hinsicht vorbildlich, vgl.: <http://209.162.178.174/manual.asp?Chapter=5>.

72) Körtner, Für einen mehrdimensionalen Spiritualitätsbegriff (s. Anm. 46), 30.

73) Evans Kelly, Preparation for providing spiritual care, in: Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy 5 (2002), 11–15; Fiona Gardner, Critical Spirituality. A Holistic Approach to Contemporary Practice, Farnham/Burlington 2011.

74) Michael J. Balboni, A Theological Assessment of Spiritual Assessments, in: Christian Bioethics 19 (2013), 313–331.

75) A. a. O., 315: »While practical questions seldom appeal to theological positions per se, particular theological beliefs lie under the surface, influencing the formulation of practical clinical opinions.« Eine ähnliche Sicht vertreten auch Puchalski und Ferrell, Making Health Care Whole (s. Anm. 8), 146: »Patients, family members, and religious professionals alike tend to have theological perspectives that color how they view palliative care and medical decisions. The salient piece of the theological perspective for this discussion is the issue of authority in decision making.«



anzuvertrauen und die Legitimität der Seelsorge am therapeutischen Ziel eines »spiritual well being« zu bemessen.<sup>76</sup>

## V Der theologische Beitrag zu einem vertieften Verständnis von Spiritual Care

Die Theologie hat gute Gründe, sich im Gespräch um die Ausgestaltung von Spiritual Care zu Wort zu melden. Sie kann zur Differenzierung und Vertiefung dieses Diskurses beitragen und ihn um eine kritische Gedächtniskultur bereichern. So wie Seelsorgerinnen und Seelsorger im klinischen Alltag andere Lebenswelten präsent halten,<sup>77</sup> erinnert die Theologie in medizinisch geprägten Diskursen daran, dass Spiritualität primär kein klinisches Phänomen darstellt und dass sie auf etablierte Praxis- und Reflexionsformen angewiesen ist, um klinisch wirksam zu werden.<sup>78</sup> Geprägte Gebete und Rituale, die Grenzsituationen des Lebens zu gestalten helfen, sind das vielleicht sinnfälligste Beispiel dafür. Sie kultivieren ein leibliches und kollektives Gedächtnis, das sich gerade in Situationen von Gedächtnisverlust als bedeutsam zu erweisen vermag.<sup>79</sup>

Das Verständnis von Spiritual Care so zu erweitern, dass die Bedeutung von religiösen Gemeinschaften und Praxisformen stärker in den Blick kommt, ist nicht allein theologisch sinnvoll. Es entspricht auch dem gegenwärtigen Trend zu einer gemeindenahen Palliative Care. Innerhalb der akademischen Diskussion vertreten Gesundheitssoziologen wie Allan Kellehear und Bruce Rumbold einen solchen Ansatz. In seinem programmatischen Buch *Compassionate Cities* plädiert Kellehear für eine Erweiterung des WHO-Projekts *Healthy Cities*. Dieses sei einem problematischen Gesundheitsideal verpflichtet und klammere die Erfahrung von Tod, Sterben und Verlust aus.<sup>80</sup> Gegen eine Generalisierung der klinischen Perspektive betont Kellehear, dass auch schwerkranke Menschen und Sterbende Mitbürgerinnen und Mitbürger bleiben, die auf ihre Weise an einer Gemeinschaft partizipieren, die für sie zu sorgen hat und das besser oder schlechter tut. Krankheit bedürfe der Spezialisten, Gesundheit im weitesten Sinne liege hingegen in der Verantwortung aller und nicht primär in den Händen klinischer Fachleute.<sup>81</sup> Deshalb sei auch Spiritual Care eine gemeinschaftlich zu verantwortende Aufgabe, die nicht an ein von ökonomischen Zwängen bestimmtes Gesundheitssystem delegiert werden könne.

Will die Theologie in der Diskussion über Spiritual Care als Gesprächspartnerin ernst genommen werden, muss sie selbst Vor-

schläge einbringen, wie die gesundheitspolitische Forderung, die spirituelle Dimension in die gemeinsame Sorge für kranke und sterbende Menschen einzubeziehen, in angemessener Weise auszugestalten ist. Die praktisch-theologischen Grundlagen dafür müssen nicht neu erfunden werden. Die seit Jahrzehnten intensiv geführte Diskussion um das seelsorgliche Proprium gegenüber psychologischer Lebensberatung geht unter dem Leitwort »Spiritual Care« lediglich in eine neue Runde. Unter den Bedingungen des biopsychosozialen Paradigmas, weltanschaulicher Pluralisierung und des Spar- und Standardisierungsdrucks im Gesundheitswesen stellen sich allerdings manche Anfragen an die interprofessionell zu verortende klinische Seelsorge nochmals anders und dringlicher und verlangen nach neuen Antworten.

Vor diesem Hintergrund sollte sich theologische Forschung nicht darauf beschränken, im Dienst einer »outcome oriented chaplaincy« oder einer »evidence based Spiritual Care«<sup>82</sup> bestimmte Formen von Spiritual Care empirisch zu legitimieren und zu optimieren.<sup>83</sup> Mindestens ebenso wichtig ist die interdisziplinäre Erweiterung des hermeneutischen Repertoires Praktischer Theologie. In ihrem Anliegen, die Perspektive von leidenden Menschen durch lebensgeschichtlich-hermeneutische Zugänge zur Geltung zu bringen, trifft sich die Theologie mit Ansätzen der *Narrative Medicine*,<sup>84</sup> der Gesundheitssoziologie<sup>85</sup> und der Thanatologie.<sup>86</sup> In dieser methodischen und sachlichen Übereinkunft liegt eine bisher noch unzureichend wahrgenommene interdisziplinäre Chance für die Erforschung und Ausgestaltung von Spiritual Care.

## Abstract

The article is an overview exploring recent discussions about the concepts and forms of spiritual care. It analyses the main positions in the field and pinpoints the tendency of self-referential discourse. Often the literature on spiritual care addresses spirituality only as a clinical phenomenon and neglects its life-world contexts, the broader research on spirituality in theology, and religious studies. An outline from a historic and analytical point of view reveals that the term »spirituality« is much more soaked with Christian traditions (catholic and protestant) than is often recognized. In addition, the different concepts of spirituality in the ongoing discussions on spiritual care often neglected normative underpinnings. Finally, the article focuses on the implications for healthcare chaplaincy and outlines not only a theological assessment of actual forms of spiritual assessment but also pathways for narrative-oriented spiritual care.

76) Vgl. Cobb, *The dying soul* (s. Anm. 69), 120: »The absence of religion in the secularism of palliative care may enable it to express a proper openness to all people, but it may work against care of the whole person because it fragments religion as an aspect of patient life and frequently partitions it from the concept of spirituality.«

77) Vgl. die Feststellung von Cadge, *Paging God* (s. Anm. 42), 102, dass die von ihr befragten Seelsorger »see themselves as among the few staff members in hospitals who can remind patients, families, and medical caregivers of the larger contexts in which they work and in which their patients live.«

78) Aus soziologischer Perspektive formuliert dies Bruce D. Rumbold so: »The interpretations of spirituality made within health frameworks do not do justice to the way spirituality is understood in society in general. It seems clear that most in our society would see health care as encompassed by spirituality, not spirituality encompassed by health care« (ders., *A review of spiritual assessment in health care practice*, in: *MJA* 186 (2007), 60–62). Rumbold konstatiert, dass im Gespräch von Spiritualität und Gesundheitswesen Letzteres mit dominanter Stimme spreche (ders., *Models of spiritual care*, in: *Oxford Textbook of Spirituality in Health-care* [s. Anm. 45], 177–183, hier: 177).

79) Vgl. Ralph Kunz, *Demenz als Metapher oder vom Glück und Elend des Vergessens – eine religionsgerontologische Deutung*, in: *ZThK* 111 (2014), 437–453.

80) Allan Kellehear, *Compassionate Cities. Public health and end-of-life care*, Oxfordshire/New York 2005.

81) Zum gesundheitspolitischen Hintergrund vgl. Bruce D. Rumbold, *A re-*

view of spiritual assessment (s. Anm. 78), hier: 60: »[...] the biopsychosocial model extended to spiritual care continues to assume that care is the responsibility of professionals.« Nach Rumbold führt dieser Zugang in ein Dilemma: »If, as social analysis indicates, spirituality preserves and enhances autonomy when much of a patient's life is being directed by experts, then delivering »spiritual care« as part of a total health care package may be counter-productive. Rather than enhancing a patient's sense of control, it may further undermine it [...]. Clinical spiritual care, based on expert assessments, may be experienced as invasive and presumptuous – or – worse – may immobilise patients by depriving them of a resource they need to cope or survive.«

82) Vgl. Eckhard Frick, *Evidence based Spiritual Care: Gibt es das?*, in: G. D. Borasio/W.-B. Niebling/P. C. Scriba (Hrsg.), *Evidenz und Versorgung in der Palliativmedizin*, Köln 2013, 169–174.

83) Einen Überblick über solche Studien gibt David A. Lichter, *Studies Show Spiritual Care Linked to Better Health Outcomes*, in: *Health Progress*, March/April 2013, 61–66.

84) Vgl. Rita Charon, *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*, Oxford 2006.

85) Vgl. Yasmin Gunaratnam/David Oliviere (Hrsg.), *Narrative and Stories in Health Care: Illness, Dying and Bereavement*, Oxford 2009.

86) Vgl. Allan Kellehear, *The Inner Life of the Dying Person*, New York 2014.